

Kapitány-Fövény Máté^{1,2}

¹ Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar – Addiktológia Tanszék

² Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet – Drogbeteg Gondozó és
Prevenációs Központ

Conners Felnőtt ADHD Diagnosztikai Interjú

Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)

Diagnosztikai interjú elméleti háttere

A felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, a továbbiakban ADHD) világszinten mért összesített prevalenciája 5,29% (95% CI =5,01-5,56), ugyanakkor szignifikáns heterogenitás figyelhető meg egyes régiók prevalencia értékeiben (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman és Rohde, 2007). A meta-regressziós tanulmányok kapcsán az eltérő prevalenciaértékek sok esetben fakadhatnak mérésbeli különbségekből is. Éppen ezért módszertani szempontból is fontos, hogy létezzen olyan egységesen elterjedt diagnosztikai eszköz, amit szerte a világon alkalmaznak akár kutatási, akár gyakorlati céllal.

Az ADHD tünettana alapján három típusba sorolható (lásd: ASRS fejezet): a) túlnyomórészt figyelemhiányos, b) túlnyomórészt hiperaktív/impulzív, illetve c) kombinált figyelemhiányos/hiperaktív/impulzív típus (American Psychiatric Association, 2013). Ezen altípusok pszichiátriai komorbiditása eltérő lehet. Egyes empirikus eredmények alapján elmondható, hogy a kombinált típus esetén magasabb a tic zavar, az alkoholhasználati zavar, az obszesszív-kompulzív zavar vagy éppen az alvászavarok együttes előfordulása, mint a túlnyomórészt figyelemhiányos csoportba sorolható kliensek esetén (Tsai, Tseng, Yang és Gau, 2019). A zavar kialakulását illetőleg számos etiológiai modell került leírásra. A genetikai faktorokat hangsúlyozó neurobiológiai modellek mellett az epigenetika térnyerésével növekvő érdeklődés kíséri a környezeti kockázati tényezők patoplasztikus hatásait. Ide sorolhatóak a prenatális rizikófaktorok, a terhesség és a szülés esetleges komplikációi, traumatikus agysérülések, vagy éppen a korai fejlődési elakadások (pl. Chang és mtsai., 2018; Saez, Barceló, Farrerons és Lopez-Casasnovas, 2018; Schwenke és mtsai., 2018). Azok a személyek, akiknél gyermekkortól kezdve a serdülőkoron át egészen felnőttkorig fennmaradnak a súlyos diszfunkciót előidéző ADHD tünetek, nagyobb arányban mutatnak komorbid major depressziót és oppozíciós magatartászavart, illetve jellemezhetőek alacsonyabb fokú önirányítottsággal, mint azok, akiknél a tünetekben enyhülés mutatkozik vagy éppen teljes remisszió figyelhető meg (Tandon, Tillman, Agrawal és Luby, 2016).

Célkitűzés

A megfelelő diagnosizáltság során a rendelkezésre álló szűrőtesztet (lásd: pl. Felnőtt ADHD Önértékelő Skála, ASRS) eredményeit mindenkor szükséges klinikai exploráció és strukturált klinikai interjú alkalmazásával igazolni. Ennek megfelelően Epstein és munkatársai (2001) is a felnőttkori ADHD-ra vonatkozó diagnosizáltság hatékonyságát kívánták növelni egy strukturált klinikai interjú, a Conners Felnőtt ADHD Diagnosztikai Interjú (Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV, a továbbiakban CAADID) létrehozásával. A CAADID kézikönyvben a szerzők ugyanakkor kiemelik, hogy az interjú megbízhatósága akkor maximálható, ha felvételét további ADHD-re vonatkozó mérések (pl. ASRS és egyéb felnőtt ADHD szűrőtesztet) egészítik ki. A CAADID kidolgozásakor a szerzők a DSM-IV diagnosztikai kritériumait vették alapul.

Strukturált interjú bemutatása

A CAADID két részből épül fel, ezeket római számú, CAADID I és CAADID II jelölést kaptak. Mindkét rész felvétele megközelítőleg 1-1,5 órát vesz igénybe.

A CAADID I a páciens kórtörténetét térképezi fel. Felvételét végezheti szakember interjú formájában, de alkalmazható önjellemzős kérdőívként is. A CAADID I demográfiai jellemzőket, fejlődés-pszichopatológiai tényezőket (a páciens tüneteinek kialakulására vonatkozóan), és a zavarhoz köthető kockázati faktorokat, valamint komorbid zavarokra vonatkozó kérdéseket egyaránt vizsgál. A mérőeszköz tételei az alábbi területekre térnek ki:

- Terhességi kockázati tényezők (pl. édesanya dohányzott-e a terhesség alatt)
- Szüléssel összefüggő kockázati tényezők (pl. anoxia)
- Vérmérséklettel összefüggő kockázati tényezők (pl. impulzivitás, hajlam a balesetekre)
- Fejlődési kockázati tényezők (pl. későn tanult meg beszélni)
- Környezeti kockázati tényezők (pl. trauma vagy elhanyagolás)
- Kórtörténeti kockázati tényezők (pl. agyvelőgyulladás, görcsrohamok)
- Iskolai teljesítmény az első négy osztály során
- Iskolai teljesítmény az 5-12. osztály során
- Pszichiátriai kórtörténet (pl. diagnosztizált mentális zavar, gyógyszeresedés)
- Családi kórtörténettel összefüggő kockázati tényezők (pl. családban előforduló ADHD)
- Felsőoktatási előzmények (továbbtanulásra vonatkozó itemek)
- Foglalkozási előzmények (múltbeli munkatapasztalatok)
- Szociális/társas kapcsolati előzmények (pl. közös háztartásban kivel él együtt)
- Egészségügyi előzmények (általános egészségügyi állapot és kezelést indikáló korábbi betegségek)

- Felnőttkori pszichológiai/pszichiátriai kórtörténet (korábbi kezelési adatok)
- Kísérőbetegségekre vonatkozó szűrőkérdések (pl. depresszió, szorongásos tünetek, szerhasználat, bűnelkövetés)

A mérőeszköz második része, a CAADID II a DSM-IV ADHD diagnosztikai kritériumain alapuló interjú, felvételét tehát csak a teszt alkalmazásában és a mentális zavarok diagnosztikájában járatos szakember végezheti, aki a pácienssel folytatott interjú során figyelembe veszi a CAADID I által explorált kórtörténeti, anamnesztikus adatokat is. Az interjú felvétele során a szakember mind a gyermekkorra, mind a felnőttkorra vonatkozóan információkat gyűjt a fennálló tüneteket, azok jelentkezésének életkorát, pervazivitását és a tünetek által okozott diszfunkció mértékét illetően. Az egyes tünetek explorációjakor az alábbi logikai sorrendet követjük:

- 1) Rákérdezzük, hogy a betegnél gyakran fordul-e elő az adott tünet. Példákkal segítjük a válaszadást.
- 2) Annak ellenőrzésére, hogy a tünet klinikailag releváns-e, megkérdezzük a beteget, hogy véleménye szerint az adott sajátosság számára komolyabb gondot okoz-e, mint kortársai (vagyis az átlag) számára.
- 3) A klinikai tapasztalatok és a kórelőzmény ismeretében eldöntjük, hogy az adott tünet aktuálisan fennáll-e felnőttkorban (bekarikázzuk az 'Igen' vagy a 'Nem' opciót).
- 4) Akár fennáll-e aktuálisan a tünet, akár nem, ezt követően megkérdezzük, hogy ugyanez a tünet gyermekkorban előfordult-e.
- 5) A gyermekkori tünet klinikai jelentőségének ellenőrzésére megkérdezzük a beteget, hogy az adott jellemző számára nagyobb problémát okozott-e, mint a kortársak számára.
- 6) Ismételt a klinikai tapasztalatok, az anamnesztikus és szerencsés esetben heteroanamnesztikus információk ismeretében, valamint a CAADID I adatai alapján döntést hozunk, hogy a tünet gyermekkorban fennállt-e ('Igen' vagy 'Nem' opció).

A CAADID II külön blokkban kérdez rá a figyelemhiányos (9 tünet) és a hiperaktív/impulzív tünetekre (szintén 9 lehetséges tünet). A tünetek explorációja után rákérdezzük a betegre jellemző tünetek első életkori előfordulására (kiegészítve annak felmérésével, hogy a tünetek megszűntek-e, illetve adott esetben később visszatértek-e), valamint a tünetek kiterjedtségére (okozott-e problémát a tünet otthon, az iskolában, munkahelyen, sportolás közben vagy sportklubban).

Miután mind a figyelemhiányos, mind a hiperaktív/impulzív tüneteket feltártuk, felmérjük, hogy a tünetek milyen mértékben befolyásolták hátrányosan (1-től 7-ig pontozva az okozott nehézség súlyosságát) a beteg iskolai, otthoni, szociális viselkedését, illetőleg az önértékelését.

A CAADID II lehetővé teszi a diagnosztika szubjektív megfigyeléseinek rögzítését is, lévén, hogy az interjú végén egy megadott lista segítségével bejelölheti, hogy a beteg az explorációs helyzetben miként viselkedett (pl. izgett-mozgott-e, figyelme könnyen terelődött-e, stb). Lehetőségünk nyílik továbbá, hogy az interjú során szerzett adatokat egy pontozási algoritmussal kiegészített összefoglaló lap segítségével összesítsük, majd ezen információk, a kórtörténeti előzmények és a klinikai benyomások alapján végül felállítsuk a diagnózist. Amennyiben minden diagnosztikai kritérium teljesül, a tünetszám alapján megállapítjuk, hogy jellemzően figyelemhiányos, jellemzően hiperaktív/impulzív vagy kombinált típusú ADHD valószínűsíthető-e, akár gyermekkorban, akár felnőttkorban. Abban az esetben, ha nem teljesül minden kritérium, a CAADID II külön rubrikában felhívja a figyelmet a differenciáldiagnózis eshetőségére, a tüneteket magyarázó más DSM-IV-ben szereplő zavar megnevezésével, illetve DSM-IV kódjának rögzítésével.

Pszichometria jellemzők

A CAADID pszichometria jellemzőit vizsgáló tanulmányok száma jelenleg limitált. Az interjút kidolgozó szerzők közül Epstein vezetésével egy vizsgálat során - ugyan alacsony elemszámú mintán (N=30), de - elfogadható, illetve jó pszichometria jellemzőket írtak le (Epstein és Kollins, 2006). Az interjú diagnosztikai reliabilitását független értékelők bevonásával mérték, a gyermekkor és felnőttkori figyelemhiányos és hiperaktív/impulzív ADHD tünetekre vonatkozóan egyaránt. A DSM-IV tünetszámra vonatkozó 'A' kritérium alapján a felnőttkori figyelemhiányos tünetek esetén magasabb kappa értéket azonosítottak (kappa = 0,79), mint a hiperaktív/impulzív tünetek kapcsán (kappa = 0,60). A gyermekkorra jellemző tünetek esetén fordított eredményt kaptak, vagyis a hiperaktív/impulzív tünetek nagyobb fokú reliabilitást (kappa = 0,81) mutattak a független értékelések alapján, mint a figyelemhiányos tünetek (kappa = 0,67). A tünetek életkori kezdetére vonatkozó DSM-IV 'B' diagnosztikai kritérium esetén alacsonyabb értékelői reliabilitást figyeltek meg (kappa = 0,44), míg a tünetek kiterjedtségére és a problémák súlyosságára vonatkozó 'C' és 'D' kritériumok mentén 0,46-os és 0,53-as kappa értékeket írtak le. A teljes diagnosztikai reliabilitásra vonatkozóan (vagyis az 'A', 'B', 'C' és 'D' kritériumokat egyaránt figyelembe véve) a felnőttkori ADHD esetén 0,67-es kappa értéket, míg a gyermekkor ADHD kapcsán 0,69-es kappa értéket azonosítottak.

A konkurrens validitás mutatójaként az önjellemzős tünetek (pl. Conners Felnőtt ADHD Becslő Skála - Önértékelő változat (CAARS), Wender Utah Rating Scale (WURS) eredményei alapján) és a klinikai interjú során explorált tünetek közötti együttjárást vizsgálták, hogy megállapítsák, mind a hiperaktív/impulzív, mind a figyelemhiányos, mind az összesített tünetek szignifikáns együttjárást mutatnak a jelenlegi és múltbeli tünetekre vonatkozóan egyaránt. Az elemzések alapján jellemzően szignifikáns, pozitív irányú, közepes vagy erős együttjárást figyeltek meg a jelenleg fennálló, klinikai interjú és az önjellemzés során explorált, egymásnak megfelelő tünetcsoportok között ($r = 0,42 - 0,52$). Hasonló mintázat volt megfigyelhető a múltbeli tünetek esetében a klinikai interjú során explorált és az önjellemzéses, egymásnak megfelelő tünetcsoportok között ($r = 0,48 - 0,57$) A szerzők

Commented [HZ1]: Ebben a részben (vagy lehet inkább a További információk során) jó lenne legalább érintőlegesen utalni hazai eredményekre, amik a kérdőív felhasználásával születtek. Viszont, nem igazán találtam hazai publikációkat, ahol a CAADID-ot használták. Te tudsz ilyenekről esetleg?

Ha tényleg nem annyira elérhetőek ezek, akkor talán utalhatnánk az IASP study során született magyar almintán jellemző értékekre. Például:

-mekkora prevalencia értékek voltak megfigyelhetőek a szerhasználói mintában?

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871613004055>

-szerhasználói mintázat és pszichiátriai komorbiditás alakulása a CAADID által megállapított ADHD csoport esetén? (itt nem találtam magyar specifikus adatokat, de érdekes lehet talán azért) <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.12370>

Mit gondolsz ezekről? Vagy esetleg elérhető más/ezeket kívül magyar almintá specifikus IASP eredmények?

Commented [W2]: Ezeket betettem a További információk bekezdés elejére.

összefoglaló véleménye szerint a CAADID elfogadható reliabilitással és validitással rendelkezik, ami indokolja diagnosztikai eszközként való széleskörű alkalmazását (Epstein és Kollins, 2006).

Hasonló eredményekről számoltak be Ramos-Quiroga és munkatársai vizsgálatukban (2012), mely során a CAADID spanyol változatának pszichometriai jellemzőit vizsgálták ADHD-val kezelt, járóbeteg ellátáson résztvevők körében. Klinikai interjúk során megállapított diagnózishoz viszonyítva a CAADID által megállapított diagnózis esetén 99%-os szenzitivitás, 68%-os specificitás, 91%-os pozitív prediktív, ill. 95%-os negatív prediktív értékek voltak láthatóak. A CAADID összesített diagnosztikus pontossága 91%-os volt. A kérdőív konkurrens validitásának tekintetében közepes és erős együttjárás volt tapasztalható a jelenlegi és gyermekkorban jellemző, a CAADID által mért és az önjellemzéses (pl. CAARS és WURS által mért), egymásnak megfelelő tünetcsoportok között ($r = 0,37 - 0,70$) (Ramos-Quiroga és mtsai., 2012).

A további pszichometriai vizsgálatok során (pl. Dakwar és mtsai., 2012; Notzon és mtsai., 2016) a CAADID mint arany-standard került bevonásra a felnőttkori ADHD szűrőtesztjeinek szenzitivitás és specificitás vizsgálatában, így módon a CAADID pszichometriai jellemzőinek feltárására a szerzők nem tértek ki.

További információk

A CAADID által mért felnőttkori ADHD elterjedtségére vonatkozó hazai kutatási eredmények száma – akárcsak a pszichometriai vizsgálatok esetén - szintén limitált. A példaként említhető, felnőttkori ADHD és szerhasználati zavar együttjárását vizsgáló, International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence (IASP) névre keresztelt nemzetközi vizsgálat sorozatban mindazonáltal hazánk is részt vett. Az IASP eredményei szerint Magyarországon a szerhasználói populációban 5,4%-os a felnőttkori ADHD előfordulási gyakorisága (van de Glind és mtsai., 2014). Ugyanezen vizsgálat a teljes minta eredményei alapján megállapította, hogy a felnőttkori ADHD elsősorban borderline személyiségzavarral, major depresszióval, illetve a hipomániás epizódok gyakoribb jelentkezésével mutat átfedést szerhasználók körében (van Emmerik-van Oortmerssen és mtsai, 2014).

A felnőttkori ADHD diagnózisa kapcsán fontos kiemelni, hogy mivel a gyermekkori tünetek megléte feltétele a felnőttkori zavar diagnózisának, így a diagnosztikai interjú minden esetben retrospektív tünetvizsgálattal jellemezhető. Ennek kapcsán tehát szükségessé válhat, hogy a beteg gyermekkorra vonatkozó emlékeit, válaszait heteroanamnesztikus adatokkal igazoljuk, amennyiben lehetőség nyílik a szülők, családtagok vagy tanárok bevonására. Heteroanamnézis esetén a Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA) diagnosztikai interjú alkalmazása javasolt, ami a beteg és a hozzátartozó együttes explorációjában segíti a szakembert. A DIVA rendelkezik magyar nyelvű verzióval (Kooij és Francken, 2010), igaz, a mérőeszköz hazai validálása mindeztáig még nem történt meg.

A nemzetközi gyakorlatban alkalmazott félig strukturált diagnosztikai interjúk közül a Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) emelhető ki,

amit eredendően a szerhasználói populáció komorbid zavarainak vizsgálatára dolgoztak ki, de így módon kitér az ADHD tünetexplorációjára is (Hasin és mtsai., 1996). A PRISM hazai adaptációja még szintén nem történt meg.

Hivatkozások

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Chang, C.H., Yu, C.J., Du, J.C., Chiou, H.C., Chen, H.C., Yang, W., ... Chen, M.L. (2018). The interactions among organophosphate pesticide exposure, oxidative stress, and genetic polymorphisms of dopamine receptor D4 increase the risk of attention deficit/hyperactivity disorder in children. *Environmental Research*, 160, 339-346. doi: 10.1016/j.envres.2017.10.011.
- Dakwar, E., Mahony, A., Pavlicova, M., Glass, A., Brook, S. D., Mariani, J.J., ... Levin, F.R. (2012). The utility of attention-deficit/hyperactivity disorder screening instruments in individuals seeking treatment for substance use disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(11), e1372-8. doi: 10.4088/JCP.12m07895.
- Epstein, J.N., Johnson, D.E., & Conners, C.K. (2001). *Conners' adult ADHD diagnostic interview for DSM-IV*. Multi-Health Systems, North Tonawanda
- Epstein, J.N., & Kollins, S.H. (2006). Psychometric Properties of an Adult ADHD Diagnostic Interview. *Journal of Attention Disorders*, 9(3), 504-514. doi: 10.1177/1087054705283575
- Hasin, D.S., Trautman, K.D., Miele, G.M., Samet, S., Smith, M., & Endicott J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *The American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1195-1201. doi:10.1176/ajp.153.9.1195
- Kooij, J.J.S., & Francken, M.H. (2010). DIVA 2.0. Diagnosztikus Interjú a Felnőttkori ADHD Felmérésére (DIVA). DIVA Foundation, Hága, Hollandia. Online elérés: http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Hongaars_form.pdf (elérés dátuma: 2019. 03.19.)
- Notzon, D.P., Pavlicova, M., Glass, A., Mariani, J.J., Mahony, A.L., Brooks, D.J. ... Levin F.R. (2016). ADHD Is Highly Prevalent in Patients Seeking Treatment for Cannabis Use Disorders. *Journal of Attention Disorders*, 1087054716640109. Advance online publication. doi:10.1177/1087054716640109
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942

- Ramos-Quiroga, J. A., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., ... & Real, A. (2012). Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 229-235.
- Saez, M., Barceló, M.A., Farrerons, M., & Lopez-Casasnovas, G. (2018). The association between exposure to environmental factors and the occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A population-based retrospective cohort study. *Environmental Research*, 166, 205-214. 10.1016/j.envres.2018.05.009
- Schwenke, E., Fasching, P.A., Faschingbauer, F., Pretscher, J., Kehl, S., Peretz, R., ... Schneider, M. (2018). Predicting attention deficit hyperactivity disorder using pregnancy and birth characteristics. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 298(5), 889-895. doi: 10.1007/s00404-018-4888-0.
- Tandon, M., Tillman, R., Agrawal, A., & Luby, J. (2016). Trajectories of ADHD severity over 10 years from childhood into adulthood. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(3), 121-30. doi: 10.1007/s12402-016-0191-8
- Tsai, F. J., Tseng, W. L., Yang, L. K., & Gau, S. S. (2019). Psychiatric comorbid patterns in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Treatment effect and subtypes. *PloS One*, 14(2), e0211873. doi:10.1371/journal.pone.0211873
- van de Glind, G., Konstenius, M., Koeter, M., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Carpentier, P. J., Kaye, S., ... van den Brink, W. (2014). Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 158-166.
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., Koeter, M. W., Allsop, S., Auriacombe, M., Barta, C., ... Schoevers, R. A. (2014). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction (Abingdon, England)*, 109(2), 262-272.

